

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ROSYLAINE SCHEFFEL

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO CENTRO DE
ATENDIMENTO INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE – CAIC,
NO MUNICÍPIO DA LAPA - PR

RIO NEGRO

2011
ROSYLAINE SCHEFFEL

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO CENTRO DE
ATENDIMENTO INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE – CAIC,
NO MUNICÍPIO DA LAPA - PR

Projeto Técnico apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de especialista no Curso de Especialização em Gestão em Saúde, Departamento de Administração Geral e Aplicada, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marilene da Cruz M. Buffon.

2011
SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES..... | 05 |
| LISTA DE ABREVIATURAS..... | 06 |
| RESUMO..... | 07 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 08 |
| 1.1 Apresentação..... | 08 |
| 1.2 Objetivo Geral..... | 09 |
| 1.3 Objetivos Específicos..... | 09 |
| 1.4 Justificativa..... | 09 |
| 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 10 |
| 3. METODOLOGIA..... | 15 |
| 4. ORGANIZAÇÃO PÚBLICA..... | 17 |
| 4.1 Descrição Geral..... | 17 |
| 4.2 Diagnóstico da Situação Problema..... | 20 |
| 4.2.1 Infra-estrutura da rede de Saúde..... | 20 |
| 4.2.2 Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente Ministro Flávio Suplicy Lacerda..... | 21 |
| 4.2.2.1 Diagnóstico da situação..... | 25 |
| 4.2.2.2 Análise dos Dados Coletados..... | 26 |
| 5. PROPOSTA..... | 28 |
| 5.1 Desenvolvimento da Proposta e Plano de Implantação..... | 29 |
| 5.1.1 Creche Catarina Keche Ramos, Centro de Convivência Crescendo e Aprendendo, Escola Municipal Professora Eloah D'amico Rychwa..... | 30 |
| 5.1.2 Comunidade Assistida pela ESF – CAIC..... | 32 |
| 5.1.3 Gestantes e Lactentes..... | 33 |
| 5.1.4 Hiperdia..... | 34 |
| 5.1.5 Idosos..... | 34 |
| 5.1.6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)..... | 34 |
| 5.2 Recursos..... | 35 |
| 5.2.1 Recursos Humanos e Materiais..... | 35 |
| 5.2.2 Tempo para Planejamento..... | 35 |
| 5.2.3 Capacitação Profissional e Recursos Financeiros..... | 36 |
| 5.2.4 Recursos Estruturais..... | 36 |
| 5.3 Resultados esperados..... | 37 |
| 5.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas..... | 37 |
| 6. CONCLUSÃO..... | 38 |
| 7. REFERÊNCIAS..... | 39 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 – Principais resultados do Projeto SB Brasil..... | 13 |
| QUADRO 2 - Organização da atenção em saúde bucal CAIC..... | 15 |
| QUADRO 3 - População residente de acordo com a faixa etária e por sexo... | 19 |
| QUADRO 4 – Recursos humanos na área odontológica e regime de trabalho nas Unidades de Saúde..... | 21 |
| QUADRO 5 - Número de escolares que freqüentam o CAIC Ministro Flávio Suplicy Lacerda de acordo com a faixa etária e por sexo..... | 24 |
| QUADRO 6 - Principais problemas bucais encontrados em escolares que freqüentam o CAIC Ministro Flávio Suplicy Lacerda..... | 25 |
| | |
| FIGURAS 1 e 2 - Centro histórico..... | 18 |
| FIGURAS 3 e 4 - Panteon dos Heróis..... | 19 |
| FIGURAS 5 e 6 – CAIC..... | 22 |
| FIGURAS 7 e 8 - Região de cobertura do ESF CAIC..... | 23 |
| FIGURA 9 - Mapa da área de abrangência da ESF CAIC..... | 28 |
| FIGURA 10: Creche Catarina Keche Ramos..... | 31 |
| FIGURA 11: Centro de Convivência Crescendo e Aprendendo..... | 31 |
| FIGURA 12: Escola Municipal Professora Eloah D'amico Rychwa..... | 31 |
| FIGURA 13 e 14: Região de cobertura do ESF CAIC..... | 33 |

LISTA DE ABREVIATURAS

ASB - Auxiliar de saúde bucal

ACS - Agentes comunitários de saúde

CPOD - Cariado, Perdido, Obturado, Dente

CAIC - Centro de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente

CD - Cirurgiã-dentista

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

TSB - Técnica em saúde bucal

USF - Unidade de Saúde da Família

RESUMO

Este trabalho mostrou como a equipe odontológica inserida na Estratégia de Saúde da Família poderá organizar a atenção em saúde bucal, minimizando os problemas odontológicos da comunidade-alvo. Ele foi proposto na unidade de saúde do Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente Ministro Flávio Suplicy Lacerda, localizado no bairro São Lucas, no município da Lapa, Paraná. Esta unidade socioeducacional além de oferecer educação infantil e educação escolar, também reporta à população local programas de proteção especial, programas do governo federal, esporte, cultura, educação para o trabalho e promoção e recuperação da saúde. Neste imenso complexo atuam vários profissionais como auxiliar de enfermagem, enfermeira, atendente de farmácia, agentes comunitários de saúde, assistente social, auxiliar de saúde bucal, técnica em saúde bucal e cirurgiã-dentista. A atuação da equipe de saúde bucal enfoca a promoção e prevenção das principais doenças orais: cárie e doença periodontal. As ações são voltadas para a atenção primária das crianças matriculadas na creche e escola local, bem como no centro de convivência (no contra turno escolar). As mesmas também recebem atendimento odontológico curativo quando necessário. A família também tem um grande enfoque diante da equipe que realiza visitas domiciliares, atenção às gestantes, hipertensos e diabéticos e capacitação com os agentes comunitários de saúde locais.

Palavras-chaves: Gestão em Saúde, Saúde Coletiva, Estratégia Saúde da Família, Odontologia.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família, hoje chamado Estratégia de Saúde da Família - ESF, onde seu principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida das pessoas. São priorizadas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. Da mesma forma, a Equipe de Saúde Bucal - ESB que integra esta estratégia propõe um amplo investimento no primeiro nível de atenção, a atenção básica, realizada com ações capazes de manter e, principalmente, elevar os padrões de saúde bucal, mediante a execução de tarefas com reconhecida excelência em promoção, prevenção e educação em saúde. Este trabalho tem como meta organizar as ações de atenção primária na área da Odontologia e que são desenvolvidas no Centro de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente – CAIC, no município da Lapa – PR. Agindo, sobretudo na conscientização das pessoas de que a promoção de saúde é um método importante e efetivo no combate a doenças, garantindo assim noções de prevenção e autocuidado, e, conseqüentemente diminuindo a procura por tratamentos curativos.

A situação da ESB - CAIC era crítica, com uma lista de espera de 264 pessoas para tratamento odontológico, inclusive de fora da área de abrangência, várias crianças com dor e que precisavam de tratamento, e uma fila enorme de pessoas que madrugavam procurando atendimento todos os dias. As reclamações eram constantes e a insatisfação popular era enorme, não havia ações de educação e prevenção, visitas domiciliares, atenção aos grupos de risco e não eram seguidos os princípios básicos do Sistema Único de Saúde - SUS como integralidade, universalidade e equidade. Não havia nenhum tipo de planejamento, apenas atendimento exaustivo à demanda reprimida. A equipe odontológica se enquadrava na modalidade II do Ministério da Saúde, mas estava incompleta desde a sua abertura, não possuindo técnica em saúde bucal. A ESF do CAIC está além de seu limite abrangendo cerca de 6000 pessoas. A área é muito grande e populosa, o que faz nosso trabalho impraticável para dar atenção básica a toda a população. As filas para médico, dentista ou um simples curativo são grandes, faltam vagas e

profissionais para absorverem tantos atendimentos. É absolutamente inviável atender a todos.

1.2 Objetivo Geral

Organizar a atenção em saúde bucal no Centro de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente – CAIC, no município da Lapa – PR.

1.3 Objetivos específicos

- Melhorar o atendimento odontológico da área de abrangência da equipe.
- Promover estratégias de prevenção em odontologia a grupos alvo e de risco mais elevado.
- Realizar planejamento das ações em saúde bucal juntamente com as ações em saúde feitas pela equipe de saúde da família.

1.4 Justificativa

Este estudo justifica-se pela necessidade de organização da atenção em saúde bucal no Centro de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente – CAIC, melhorando o planejamento e consequentemente o atendimento à população local.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS tem sido um grande desafio para gestores, comunidade e profissionais de saúde. O seu caminho nesta primeira década apresenta experiências variadas e ricas nos diferentes aspectos de cada realidade local.

A Estratégia de Saúde da Família é uma diretriz para a reorganização da atenção básica de saúde e reorientação para um novo modelo assistencial. Como modelo substitutivo da rede básica tradicional, a ESF busca converter o modelo tradicional caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário em família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2005 e TRENTINI, 2003). Ela é regida pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS e são o eixo principal para o funcionamento das ações em saúde no sistema público, o que inclui também a saúde bucal. Suas premissas básicas são a proteção e promoção além do atendimento domiciliar, definindo área de abrangência, equipe multiprofissional, ação preventiva e de promoção da saúde a partir de prioridades epidemiológicas da área adstrita, reduzindo assim a demanda por serviços hospitalares e ambulatoriais (TRAD e BASTOS, 1998).

Assim, universalidade, equidade e integralidade devem compor as diretrizes gerais de qualquer programa de saúde. Então, na visão do Estado, de acordo o princípio de integralidade, as ações em saúde devem ser orientadas segundo uma visão de atenção integral ao cidadão. Assim, as ações em saúde bucal devem acrescentar-se de uma equipe multidisciplinar, contribuindo para um real conceito de saúde, contínuo e inteiro, e não fragmentado. Sendo assim, a Estratégia de Saúde da Família foi criada pelo Ministério da Saúde para reorganizar a prática assistencial no Brasil, com a finalidade de promover a saúde das famílias com base em uma nova dinâmica (PEDROSA & TELLES, 2001; BRASIL, 2000).

O trabalho da ESF desenvolve-se como um processo que visa identificar problemas de saúde em sua área de responsabilidade, cercado por um planejamento conjunto, estabelecendo um plano de intervenção e acompanhando ações realizadas.

Ao tomar como foco a família no seu espaço físico e social, esta nova estratégia está proporcionando à equipe de saúde uma compreensão ampliada do

processo saúde-doença, criando oportunidade para a ação interdisciplinar que vincula as ciências sociais às questões de saúde, demografia, epidemiologia, entre outras (TRAD & BASTOS, 1998). A compreensão do processo saúde-doença em todas as suas dimensões (biológica, social, política, econômica e cultural) é importante para o planejamento adequado das ações de saúde com base na realidade em que se encontram as famílias (NUNES, 2002). Esse modelo assistencial prioriza o trabalho multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, no qual todos devem se identificar com uma proposta de atendimento que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo (BRASIL, 1996).

Integrando toda esta estratégia também está a saúde bucal, com o objetivo formar um modelo de atenção a saúde sob os moldes de promoção de saúde (BRASIL, 2005). E ainda define as seguintes atribuições como comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde e responsabilizar-se pela população adscrita; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade; identificar parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica e participar das atividades de educação permanente. Além das atribuições comuns, cada profissional tem suas atribuições específicas, descritas na Política Nacional da Atenção Básica. O cirurgião-dentista deve participar das decisões em conjunto com a equipe de saúde da família sobre as estratégias de abordagens da população, o mapeamento dos usuários a serem atendidos, a busca ativa dos pacientes, o desenvolvimento de ações educativo-preventivas coletivas e o engajamento da sociedade nos projetos (BRASIL, 2005). Estes pontos também estão incluídos na proposta de atenção à saúde bucal do CAIC.

RONCALLI (1999) relata que a assistência odontológica pública no Brasil tem se estruturado, historicamente, a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde. A essa época, os modelos gerenciais que norteavam as ações de saúde bucal estavam

estabelecidos de forma pulverizada entre as varias instituições que prestavam assistência odontológica. Dentre estes modelos gerenciais, o que se estabeleceu como hegemônico foi o sistema incremental em escolares que, na maioria dos casos, estava vinculado aos programas de saúde escolar. Este sistema, apesar do avanço para a época, mostrou-se superado, visto a eficácia, abrangência e cobertura. Através do paradigma curativo-restaurador, provocou um aumento número de dentes restaurados, mas sem impacto sobre os níveis de doença bucal.

ZANETTI (1996) descreveu a atenção odontológica desde um atendimento por livre demanda e atenção curativa indiscriminada a escolares, passando pelo sistema incremental excludente e apenas curativo, e então para um modelo de atenção simplificado. Com a colaboração dos atuais técnicos em saúde bucal e auxiliares de saúde bucal, a etapa posterior foi a odontologia integral, focalizando a promoção e prevenção da saúde. Esta atenção integral e de novos moldes para a odontologia evolui para o conceito de saúde bucal coletiva.

Saúde bucal coletiva, segundo NARVAI (1994), seria uma ampliação da odontologia, ampliando seu enfoque e objeto de análise e intervenção, sendo a saúde-doença um processo coletivo.

Os modelos assistenciais que em saúde bucal que ora se estruturam no país devem começar a trabalhar no ponto de um ordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal. O SUS proporciona uma base filosófica e programática que aponta para esta mudança de concepção. A defesa do SUS como um sistema de saúde para todos é, portanto, a base desta estratégia (RONCALLI, 1999).

Devemos também considerar os resultados do Projeto SB BRASIL 2010, do Ministério da Saúde, do qual a Lapa foi escolhida dentre 30 cidades de cada região que participariam da pesquisa, e esta foi realizada na região do complexo do Caic. Usado como uma grande ferramenta no desenvolvimento das estratégias de ações na odontologia familiar, por meio deste levantamento podemos observar a situação da saúde bucal da população e relacioná-la por faixa etária, sexo, localidade e renda familiar, o que norteará o planejamento estratégico das ações em saúde bucal. O objetivo deste estudo (BRASIL, 2010), foi de avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira em 2010, comparar com os dados obtidos no SB Brasil 2003, avaliar o impacto do Programa Brasil Sorridente e planejar ações de saúde bucal para os próximos anos. Segundo o MS destaca-se que a cárie dentária continua

sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. Mas a situação melhorou entre 2003 e 2010. Entre os adultos o destaque cabe a uma importantíssima inversão de tendência: as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores.

O quadro 1 apresenta os principais resultados do Projeto SB Brasil segundo o Ministério da Saúde, em 2010.

Dentre estes principais pontos, destaca-se que a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. Mas a situação melhorou entre 2003 e 2010. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação em crianças, a doença atingia 69% da população em 2003. Essa porcentagem diminuiu para 56% em 2010. Esse declínio, de 13 pontos percentuais, corresponde a uma diminuição de 19% na prevalência da enfermidade. O número médio de dentes atacados por cárie também diminuiu nas crianças: era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010, uma redução de 25%. Em termos absolutos, e considerando a população brasileira estimada para 2010, essas reduções indicam que, no período considerado, cerca de um milhão e 600 mil dentes permanentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos em todo o país. Em adolescentes, a redução do número de dentes que foram poupados do ataque de cárie, em relação a 2003, chegou a aproximadamente 18 milhões. As necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52%. Entre os adultos o destaque cabe a uma importantíssima inversão de tendência: as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores. Em adultos, as necessidades de próteses reduziram-se em 70%.

Os levantamentos básicos em saúde bucal fornecem uma base sólida para as estimativas de condições atuais de saúde bucal de uma população, bem como suas futuras necessidades quanto aos cuidados de saúde bucal. Eles produzem dados básicos confiáveis para o desenvolvimento de programas nacionais ou regionais de saúde bucal e para o planejamento da quantidade e do tipo de profissionais adequados para o tratamento bucal (OMS, 1999).

QUADRO 1 – Principais resultados do Projeto SB Brasil segundo o Ministério da Saúde, em 2010.

| IDADE | RESULTADOS |
|------------------------------|---|
| Crianças de 5 anos | - Redução de 17% nos dentes cariados - 80% destes dentes não foram tratados |
| Crianças aos 12 anos | - CPO caiu 26% nos últimos sete anos - 44% das crianças estão livre de cáries (1,6 milhão de dentes) - No sul o índice CPO caiu de 2,3 para 2 - 1 milhão e 600 mil dentes permanentes deixaram de ser afetados pela cárie - Índice do Brasil (2,1) é melhor que a média dos países das Américas (2,8) e de 2003 (2,8) - Cárie dentária atinge 56% das crianças, diminuição de 19% na prevalência da enfermidade |
| Adolescentes de 15 a 19 anos | - Redução de 30% no CPO (de 6,1 para 4,2) - 18 milhões de dentes sem ataque de cárie - Necessidade de prótese caiu de 27% para 13% |
| Adultos de 35 a 44 anos | - CPO cai 19%, de 20,1 para 16,3 e a necessidade de próteses reduziu 70% - Menos dentes extraídos por cárie e maior acesso aos tratamentos |
| Idosos entre 65 a 74 anos | - 3 milhões de idosos necessitam de prótese total (nas duas arcadas dentárias) |

Fonte: BRASIL, 2011.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma nova abordagem para a atenção em saúde bucal em Unidade de Saúde da Família - USF, localizada no Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente Ministro Flávio Suplicy Lacerda – CAIC, no município da Lapa – PR.

A Equipe de Saúde da Família pesquisada é constituída por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma cirurgiã-dentista - CD, uma auxiliar de saúde bucal - ASB e nove agentes comunitários de saúde - ACS. A referida equipe oferece, juntamente com as outras cinco equipes do município, uma cobertura de 48,25% da população da cidade.

Foi observado o cotidiano das atividades da equipe, por meio de conversa com os profissionais e convivência na unidade de saúde, os processos de trabalho, a divisão de tarefas, a interação entre os profissionais, atividades que cada um desempenha individualmente e aquelas desenvolvidas em conjunto. A demanda era atendida espontaneamente, com pouquíssimos agendamentos e visitas domiciliares por enfermeiros e quase nenhuma por médico. Visitas em saúde bucal eram inexistentes. As filas cresciam e não se conseguia atender a todos com satisfação, com bom atendimento, e, sobretudo com humanização. A partir disso foi proposta uma mudança na atuação em saúde bucal, foco do nosso trabalho, para os usuários da ESF CAIC, objetivando melhorar o atendimento, diminuir as filas, atender grupos de risco e organizar o modelo de atenção para a unidade. Foram divididos os dias da semana entre os grupos de atendimento prioritário como hiperdia, idosos, crianças da creche, escola, centro de convivência, população local, gestantes e visitas domiciliares. E em cada um destes grupos foram desenvolvidas atividades educativas descritas posteriormente. No quadro 2 visualiza-se a organização da atenção em saúde bucal no CAIC em 2006.

QUADRO 2 – Organização da atenção em saúde bucal CAIC, 2006.

| 2ª. feira | 3ª. feira | 4ª. feira | 5ª. feira | 6ª. feira |
|------------------|------------------|--------------------------|------------------|----------------------|
| Creche | População | Visitas domiciliares | População | Hiperdia e idosos |
| Escola | População | Centro de convivência | População | Gestantes |

Fonte: Autora.

4. ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

4.1. Descrição Geral

Segundo dados do censo demográfico do IBGE 2010 o número de habitantes do município da Lapa é de 44.932, distribuídos em uma área de 2.093,832 Km², ocupando a colocação de 5º maior território do Estado do Paraná. O quadro 3 mostra a distribuição da população residente de acordo com a faixa etária e por sexo, no Município da Lapa, em 2010.

Quase 72% da população são eleitores e pouco mais de 92% são alfabetizados, segundo dados do Censo IBGE 2000. O município está localizado a 64 km de Curitiba e a 160 km do Porto de Paranaguá. A BR-476 passa no meio da cidade é a principal rota do Mercosul, ligando as regiões Sudoeste do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e países da América do Sul (LAPA, 2010). A maior parte da população é descendente dos tropeiros, mas os imigrantes alemães foram também se firmaram na Lapa, por volta de 1928. Na colônia de Mariental estavam russos, alemães e austríacos, em Antônio Olinto os poloneses e em São Carlos os italianos.

Uma característica do crescimento do Município da Lapa é a maior concentração da população na área urbana, com 27.222 pessoas e a população residente na área rural é de 17.710 pessoas. Mais da metade de sua população se concentra no meio urbano, mas a Lapa possui grande parte da sua população em comunidades rurais interligadas por aproximadamente 3.000 km de estradas.

A Lapa possui uma pirâmide etária muito parecida com a do Paraná e do Brasil, mostrando sua base, ainda ampla, mas estreitando-se com o passar dos anos. Um centro representando a faixa de adultos maior e em evolução e um ápice mais largo demonstrando o aumento do número de idosos. (IBGE, 2000). É uma pirâmide típica de quem está em desenvolvimento. Este crescimento traz a necessidade de incrementar a oferta de serviços básicos, como a saúde.

Sua principal atividade econômica é a agricultura, pois a cidade tem um clima e solo favoráveis para cultivo de produtos agrícolas, mas também o desenvolvimento industrial e de atividades comerciais fazem parte da vida dos lapeanos. A cidade é a maior produtora de frutas de caroço do estado como pêssego, ameixa e nectarina que abastecem fábricas do ramo. Soja, milho, feijão,

batata e outras frutas também são culturas desenvolvidas. Destaca-se também pela produção de itens orgânicos e caseiros.

A pecuária é muito importante na economia do município com grande potencial agropastoril, em seus imensos campos. O Núcleo Leiteiro conhecido como Projeto de Assentamento, é um pólo de excelência na produção de leite. Quase toda produção é escoada para Curitiba e região metropolitana, servindo às cooperativas de laticínios para produção de queijos, iogurtes e bebidas lácteas. A avicultura é um ramo muito difundido na cidade, abastecendo uma indústria alimentícia de grande porte, seus produtos são distribuídos no Brasil e exportados para vários países. Na economia existe uma receita de 55,7% contra uma despesa de 44,3%. O Produto Interno Bruto 2008 per capita é de R\$15.180,08 reais.

A prefeitura ainda descreve no site que a Lapa teve um importante papel quando ocorreu a Revolução Federalista em 1894. Foi o episódio do Cerco da Lapa que marcou a resistência da cidade ao ataque de rebeldes vindos do sul. Portanto é uma cidade rica em turismo histórico, cultural e religioso detém nestas fontes parte da sua arrecadação. As figuras 1 e 2 mostram parte do centro histórico da Lapa, em 2011. E as figuras 3 e 4 o Panteon dos Heróis, em 2011, importante referência histórica para o município.

FIGURAS 1 e 2: Centro histórico no Município da Lapa, em 2011.



Fonte: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=274746>.2011

FIGURAS 3 e 4: Panteon dos Heróis, no Município da Lapa, em 2011.



Fonte: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=274746>.2011

QUADRO 3 - População residente de acordo com a faixa etária e por sexo, no Município da Lapa, em 2010.

| FAIXA ETÁRIA | MASCULINO | FEMININO | TOTAL |
|---------------------|------------------|-----------------|--------------|
| 0 a 4 anos | 2056 | 1972 | 4028 |
| 4 a 9 anos | 2080 | 1954 | 4034 |
| 10 a 14 anos | 2211 | 2039 | 4250 |
| 15 a 19 anos | 2287 | 2086 | 4373 |
| 20 a 24 anos | 1971 | 1841 | 3812 |
| 25 a 29 anos | 1750 | 1662 | 3412 |
| 30 a 34 anos | 1671 | 1654 | 3325 |
| 35 a 39 anos | 1532 | 1527 | 3059 |
| 40 a 44 anos | 1359 | 1312 | 2671 |
| 45 a 49 anos | 1056 | 1139 | 2195 |
| 50 a 54 anos | 898 | 936 | 1834 |
| 55 a 59 anos | 640 | 646 | 1286 |
| 60 a 64 anos | 531 | 642 | 1173 |
| 65 a 69 anos | 435 | 465 | 900 |
| 70 a 74 anos | 298 | 363 | 661 |
| 75 a 79 anos | 198 | 185 | 383 |
| 80 a 84 anos | 130 | 114 | 244 |
| 85 a 89 anos | 78 | 111 | 189 |
| TOTAL | 21181 | 20648 | |

Fonte: IBGE, Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010.

4.2. Diagnóstico da situação problema

4.2.1. Infra-estrutura da rede de Saúde

Com relação aos estabelecimentos de saúde o Município da Lapa possui: um estadual, 14 municipais e quatro privados, não tendo nenhum em escala federal,

de acordo com IBGE. Os principais são o Hospital Regional São Sebastião, de ordem estadual e centro de referência para tuberculose, a Unidade Central, Pronto-atendimento, Central Pediátrica Dr. Aloísio Leoni, Puericultura, Maternidade Municipal Humberto Carrano, Clínica da Mulher, Clínica de Terapias Especializadas Dr. João Cândido Ferreira, Hospital Hipólito de Araújo, municipal, Centro de Atenção Psicossocial e Atendimento Clínico de Saúde Mental, além das unidades básicas e de ESFs.

O Município tem como referência o Hospital do Rocio de Campo Largo, com o qual o município mantém procedimentos pactuados, como o atendimento de todas as emergências, sendo enviados recursos mensalmente. O Hospital de Clínicas, Hospital Evangélico e Hospital do Trabalhador são as referências de Curitiba. A ordem hierárquica dos atendimentos é o pronto-atendimento municipal, seguido do Hospital São Sebastião e finalmente o Hospital do Rocio de Campo Largo.

No interior existem 10 mini-postos, além de casas e barracões que servem de local para consultas médicas, entrega de medicamentos e realização de programas.

Os principais programas de atenção à saúde são: o Hiperdia para hipertensão arterial e diabetes, o Programa de Planejamento Familiar, o Programa Saúde da Mulher com o preventivo de câncer de colo uterino, a Puericultura para crianças até 2 anos, a pesagem para crianças de mais de 2 anos, e o Programa Leite das Crianças para até 3 anos de idade e com baixo peso e baixa renda familiar. O sistema de informação do hiperdia permite o acompanhamento dos cuidados dispensados na atenção básica, tanto no que se refere às ações de promoção à saúde, como também de recuperação da saúde, através da disponibilização de medicamentos. As ações voltadas para a atenção à saúde da mulher visam mais do que prevenir doenças, sobretudo, promover sua valorização em todos os aspectos, enfatizando o agir criativo, através do estímulo a projetos terapêuticos eficientes, pactuando metas objetivas que atendam a demanda advinda da comunidade.

Com a implementação do Modelo de Atenção à Saúde para o Município, calcado no fortalecimento da atenção básica, o número de equipes da Estratégia Saúde da Família, manteve-se em 06 equipes (Vila São José, Pedra Lisa, Mariental/Feixo, São Bento, Água Azul e Caic/Cohapar), significando uma cobertura de atendimento de 48,25% da população do município, ficando as outras áreas

atendidas pelo Centro de Saúde, unidades de saúde do interior que também desenvolvem ações básicas de saúde. Nestes três últimos também temos ESF odontológico, modalidade I com apenas cirurgião-dentista - CD e auxiliar de saúde bucal - ASB no São Bento e Água Azul e modalidade II incluindo a técnica em saúde bucal - TSB no Caic /Cohapar. A Lapa possui atualmente 10 cirurgiões-dentistas registrados no município de acordo com dados do Conselho Federal de Odontologia (4493,2 hab./CD) e apresenta água de abastecimento público fluoretada. O quadro 4 mostra os recursos humanos na área odontológica e regime de trabalho nas Unidades de Saúde no Município da Lapa em 2011.

QUADRO 4 – Recursos humanos na área odontológica e regime de trabalho nas Unidades de Saúde no Município da Lapa, 2011.

| UNIDADE DE SAÚDE | RECURSOS HUMANOS / CATEGORIA | NÚMERO DE PROFISSIONAIS POR UNIDADE DE SAÚDE | REGIME DE TRABALHO |
|-------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------|
| Central | CD – ASB – TSB | 14 | 40 H |
| Caic/Cohapar | CD – ASB | 3 | 40 H |
| São Bento | CD – ASB | 2 | 40 H |
| Mariental | CD - ASB | 2 | 20 H |
| Água Azul | CD – ASB | 2 | 40 H |
| TOTAL | | 23 | |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Lapa, Departamento de Odontologia, 2011.

4.2.2. Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente Ministro Flávio Suplicy Lacerda

O Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente Ministro Flávio Suplicy Lacerda é uma unidade de atendimento socioeducacional, que oferece à população do bairro programas de proteção especial, educação infantil, educação escolar, esporte, cultura, promoção da saúde, educação para o trabalho e alimentação.

É um imenso complexo de educação, lazer e saúde, além de esportivo e de bem estar social. Trata-se de um grande terreno onde existe uma creche, uma escola fundamental com biblioteca, ginásio de esportes e quadras, auditório, horta e centro de saúde. Vários profissionais trabalham no setor da saúde como auxiliar de enfermagem, enfermeira, agentes comunitários de saúde, assistente social, auxiliar

de saúde bucal e cirurgiã-dentista, totalizando em torno de 13 profissionais. As figuras 5 e 6 são do complexo do CAIC, no Município da Lapa, em 2006.

FIGURAS 5 e 6: CAIC, no Município da Lapa, em 2006.



Fonte: Autora.

Ele foi instalado em um bolsão estratégico de pobreza e carência generalizada, desempenhando papel de grande importância comunitária, principalmente para as famílias que têm seus filhos atendidos em regime de tempo integral, possibilitando que os pais trabalhem, enquanto seus filhos recebem, diariamente, educação formal, alimentação, cuidados pessoais, consultas médicas, tratamentos odontológicos, além de participarem de atividades desportivas, artísticas, culturais e de iniciação profissional. Este projeto é oferecido para crianças que não tem onde ficar ou que ficariam na rua em seu contra-turno, e geralmente são muito carentes, com famílias desestruturadas e às vezes com poucos alimentos em casa.

O processo saúde-doença é fortemente influenciado pelas condições de vida das pessoas, suas condições de moradia, opções de trabalho, de lazer, seus comportamentos frente à situações e mesmo frente à doenças. Os problemas com violência, condições precárias de vida e dificuldades econômicas com certeza iam de encontro com as suas condições bucais, e, até mesmo corporais, tendo esclarecimentos falhos sobre higiene e saúde.

As figuras 7 e 8 são da região de cobertura da ESF CAIC, no Município da Lapa, em 2006.

FIGURAS 7 e 8 : Região de cobertura da ESF CAIC, no Município da Lapa, em 2006.



Fonte: Autora.

Logo percebemos que não seriam os problemas odontológicos os maiores problemas da ESB. Não poderíamos falar somente sobre saúde bucal em meio a tanta pobreza, sujeira e descaso político. Muitas famílias não tinham rede de água tratada, banheiros adequados, muitas das casas eram precárias e com muitas crianças, córregos que alagavam e doenças que se multiplicavam.

A condição econômica era baixíssima, bem como o entendimento pela saúde. Inúmeras pessoas mesmo sem nenhum tipo de doença acreditavam estar doentes, e procuravam o centro de saúde para conversar e desabafar, quase todos os dias. As carências afetiva de crianças e idosos era muito clara, e os problemas locais como moradias ruins e falta de dinheiro desestruturavam várias casas. Assim, muitos casos de “doenças” recebiam sua solução com o apoio da equipe de saúde, em especial da enfermagem, que era o primeiro grupo na entrada do posto.

Antes da comunidade local, morar neste lugar, moravam em casas simples e carentes em ruas próximas do centro da cidade. Na época, moradores do bairro reclamaram da vizinhança, também dizendo que a cidade não se apresentava bem com uma favela às vistas de todos. Então as famílias foram colocadas no bairro Nosso Chão, onde estão até hoje, e que depois de votação dos moradores passou a se chamar bairro São Lucas. Muitos são os casos de preconceito sofridos pelos moradores deste bairro, como por exemplo, no comércio ou em entrevista de emprego. Lá foi construído o Caic, no alto de um morro, visto de várias partes da

Lapa. Sua população adscrita na área de ESF, em 2006, era estimada em 8000 pessoas dependentes dos serviços lá prestados. Estes são dados informais, contabilizados pela prática profissional do posto de saúde local, dados corretos eram difíceis de serem obtidos na época, pois faltavam agentes comunitários de saúde para cobrir toda a área que é muito extensa. Atualmente em dados oficiais do DATASUS esta contagem está em 5902 pessoas.

Como em várias localidades e também em outras cidades o uso de drogas é freqüente, e crianças pequenas já são dependentes de todos os tipos de entorpecentes. Muitos vendem tudo que encontram em casa de parentes ou vizinhos, e quando acabam os objetos não faltam casos de prostituição, até mesmo infantil. A pedofilia, nos últimos tempos, tão falada na mídia, está aparecendo mais frequentemente, sendo trocada por uma ou duas pedras de craque. Casas com dois ou três cômodos para famílias com cinco ou mais pessoas são comuns. Às vezes todos dormem em uma cama juntos, adultos e crianças, e quando a pedofilia não aflora, as crianças crescem em meio à promiscuidade, aprendendo desde muito cedo sobre questões sexuais. O número de meninas que engravidam na adolescência é alto, e sua idade é cada vez mais baixa. O quadro 5 demonstra o número de escolares que freqüentam o CAIC Ministro Flávio Suplicy Lacerda de acordo com a faixa etária e por sexo, no município da Lapa, em 2006.

QUADRO 5 - Número de escolares que freqüentam o CAIC Ministro Flávio Suplicy Lacerda de acordo com a faixa etária e por sexo, no município da Lapa, em 2006.

| FAIXA ETÁRIA | MASCULINO | FEMININO | TOTAL |
|---------------------|------------------|-----------------|--------------|
| Menos de 1 ano | 15 | 17 | 32 |
| 1 a 5 anos | 53 | 61 | 114 |
| 5 a 9 anos | 209 | 230 | 439 |
| 10 a 14 anos | 189 | 197 | 386 |
| TOTAL | 466 | 505 | 971 |

Fonte: Secretaria de Educação do Município da Lapa, 2011.

4.2.2.1 Diagnóstico da situação

O QUADRO 6 abaixo apresenta os principais problemas bucais encontrados nos escolares que freqüentam o CAIC Ministro Flávio Suplicy Lacerda, no município da Lapa durante o período de 2006.

QUADRO 6 - Principais problemas bucais encontrados em escolares que freqüentam o CAIC Ministro Flávio Suplicy Lacerda, no município da Lapa no período de 2006.

| FAIXA ETÁRIA | PRINCIPAIS PROBLEMAS ENCONTRADOS |
|---------------------|--|
| Menos de 1 ano | - Falta de higiene após alimentação - Soprar a comida na colher/experimentar a comida |
| 1 a 5 anos | - Cárie dental - Falta de higiene - Pouca orientação em higiene |
| 5 a 9 anos | - Cárie dental e dor - Má higiene bucal - Pouco hábito em escovação |
| 10 a 14 anos | - Cárie dental e dor - Desmotivação para saúde bucal - Inflamação gengival persistente |

Fonte: Autora, 2011.

4.2.2.2 Análise dos Dados Coletados

Na região da ESF CAIC existem 1628 famílias cadastradas, destas 65% tem os filhos de 7 a 14 anos na escola e 95% estão alfabetizados. Apenas 2,59% da população local possui plano de saúde, sendo, portanto caracterizada como SUS-dependente. A rede pública de abastecimento de água, bem como a coleta pública de lixo, está presente em 99% das casas, e a maior parte delas é de tijolo ou madeira. A rede de esgoto corresponde a 94% e 98% das casas possui energia elétrica.

Com relação à saúde bucal, crianças menos de 1 ano, que utilizam a creche local, não tem higiene após alimentação, muitas vezes indo dormir após as refeições, e têm nas atendedoras o péssimo hábito de soprar a comida na colher ou experimentar a comida e em seguida oferecê-la à criança. Além do uso insistente e abusivo da chupeta ou bico.

Crianças de 1 a 5 anos de idade já sofrem de cárie dental, falta de higiene e pouca orientação em higiene bucal, tanto da creche quanto de casa. O mito de que dentes de leite não doem e que não precisam ser cuidados pois vão cair e ser trocados ainda são muito fortes.

Crianças em idade escolar de 5 a 9 anos também tem praticamente os mesmos problemas como cárie dental, pouco hábito em escovação e má higiene bucal. Muitos apresentam a dor como queixa principal.

Crianças e adolescentes dos 10 aos 14 anos tem seu problema maior em relação à cárie dental, a desmotivação para a higiene e saúde bucal, além da inflamação gengival persistente agora presente como coadjuvante da doença cárie.

Os microorganismos que vivem em nossa cavidade bucal fixam-se aos dentes formando uma camada muito fina e transparente, chamada placa bacteriana, que se desenvolve principalmente a partir dos açúcares que ingerimos. Quando não é removida periodicamente ela aumenta sua espessura, e como resultado da metabolização do açúcar, a placa produz ácidos que vão destruindo os dentes, em um processo lento, mas que se não for interrompido formará uma cavidade de cárie (FERNANDES, 2004).

A placa bacteriana é o agente etiológico das cáries e também das doenças periodontais, e é composta principalmente por bactérias, restos epiteliais e células de defesa. É aderida ao dente e se não for removida por fio dental e escovação, com o passar do tempo, provocará a desmineralização do esmalte (se estiver sobre o dente), resultando em cáries, e doença periodontal ocasionando sangramento gengival (se estiver sobre a gengiva). A prevenção é simples e fácil, bastando orientação para uma boa higiene bucal (FERNANDES, 2004).

A dieta alimentar tem grande importância no controle das cáries. Os alimentos mais cariogênicos são os que apresentam açúcar na sua composição, como os doces, as balas, os caramelos, os chocolates, os chicletes e os refrigerantes. Existem alguns alimentos que escondem o açúcar na sua composição, como a mostarda e o ketchup. Todos esses alimentos podem ser consumidos, mas de maneira racional, isto é, junto às principais refeições, seguindo-se a escovação, por isso a prevenção e orientação é tão importante. O açúcar também pode estar presente em medicamentos, líquidos e xaroposos, portanto, após ingeri-los, é preciso escovar os dentes. A ingestão de farináceos e salgadinhos, principalmente entre as

refeições, é um hábito considerado pouco saudável, quando se pensa em prevenção da doença e, portanto, deve ser evitado. Por outro lado, existem alimentos como o queijo e o leite que são considerados protetores dos dentes. Eles apresentam alto conteúdo de cálcio e fosfatos, que protegem contra a desmineralização do dente. O cuidado diário preventivo, que inclui a escovação e o correto uso do fio dental, ajuda a preservar a sua saúde bucal e consequentemente a sua saúde em geral.

5. PROPOSTA

Esta proposta pretende levar um projeto educativo-preventivo, como já mencionada importância, da ESB – CAIC até a Creche Catarina Keche Ramos, Centro de Convivência Crescendo e Aprendendo, Escola Municipal Professora Eloah D'amico Rychwa, população local assistida pela equipe do ESF, em especial as famílias mais necessitadas; gestantes e lactentes, pacientes do Hiperdia e idosos e agentes comunitários de saúde. Propiciando a diminuição da lista de espera, estimulando o autocuidado em saúde bucal e educando para prevenir.

A população da área de abrangência da unidade CAIC atualmente é de 5902 pessoas, sendo 2895 do sexo masculino e 3007 do sexo feminino, e a maioria esta entre os 20 a 39 anos.

A localização da unidade ESF CAIC é no bairro São Lucas na rua Arthur Wirmond de Lacerda, na cidade da Lapa. Fisicamente ela conta com uma farmácia, uma recepção (corredor), uma sala de triagem, uma sala de curativo, sala médica, dois banheiros, cozinha, almoxarifado e sala odontológica.

O mapa da área de abrangência da unidade (FIGURA 9) está sendo reformulado pois as áreas estavam muito grandes e com muitas famílias para cada agente comunitário de saúde. Então uma nova divisão está sendo feita para melhorar os atendimentos da região.

FIGURA 9 - Mapa da área de abrangência da ESF CAIC, no Município da Lapa, em 2011.



Fonte: ESF CAIC, 2011.

Os recursos humanos da unidade ESF CAIC são um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um médico, uma auxiliar em saúde bucal, uma cirurgiã-dentista, nove agentes comunitários de saúde e uma zeladora.

O atendimento feito pela equipe é por livre demanda, então as pessoas que necessitem de consultas, exames ou mesmo curativos tem que procurar a unidade. Apenas alguns procedimentos são feitos por busca em domicílios, quando a equipe tem conhecimento de que a pessoa não tem condições de ir até a unidade de saúde. Se o problema não for resolvido nesta unidade o paciente é encaminhado para o pronto-atendimento ou hospital de referência.

Ao todo são seis equipes de saúde da família na cidade da Lapa, com 34 ACS, sendo que apenas três possuem equipes de saúde bucal, e somente o CAIC como modalidade II.

5.1 Desenvolvimento da Proposta e Plano de Implantação

Devido ao grande número de problemas encontrados na atenção em saúde bucal da ESF CAIC a proposta é redirecionar, e mesmo modificar, as ações deficientes, colocando os princípios básicos do SUS como prioridade, englobando os conceitos pertinentes às ESFs e seu modelo de atenção, respeitando suas particularidades locais. Trabalhar focado na promoção e prevenção, dar assistência

a grupos considerados de risco, como idosos no hiperdia crianças e gestantes, realizar projetos de educação em saúde, trabalhar em conjunto com a equipe, inclusive com os agentes comunitários de saúde e investir na participação popular. A proposta de mudança seria da seguinte forma:

O projeto preventivo da ESB – CAIC engloba a Creche Catarina Keche Ramos, Centro de Convivência Crescendo e Aprendendo, Escola Municipal Professora Eloah D'amico Rychwa, população local assistida pela equipe do ESF, em especial as famílias mais necessitadas; gestantes e lactentes, pacientes do Hiperdia e idosos e agentes comunitários de saúde.

5.1.1 Creche Catarina Keche Ramos, Centro de Convivência Crescendo e Aprendendo, Escola Municipal Professora Eloah D'amico Rychwa:

O intuito é de realizar palestras preventivas, com lista de presença para os pais dos alunos, bem como professores, diretores, atendentes, serventes, cozinheiras e pessoal envolvido direta ou indiretamente com as crianças. Nestas palestras serão enfatizadas a importância e facilidade de prevenção e promoção de saúde, alertando para as doenças bucais mais frequentes, bem como orientação em casos mais avançados.

Então com a ajuda de todos será realizada a abordagem direta com as crianças. Separadas por sala, assistirão a palestras focadas na prevenção, com linguagem simples e dinâmica sobre temas relacionados à saúde bucal, cada qual com uma metodologia diferente, respeitando suas faixas etárias. Logo após, um momento mais descontraído com histórias, filmes, slides ou fantoches.

Em seguida a higiene bucal será realizada como escovação supervisionada em grupos pequenos. Crianças menores também seriam assistidas por higiene do bebê bem como orientações específicas às atendentes.

Devido à necessidade será feita uma triagem dos alunos, disponibilizando atenção curativa para casos mais urgentes e que necessitam de prioridade, visto que, a demanda é muito grande por atendimento. O tratamento curativo será devidamente autorizado pelos responsáveis dos menores. A figura 10 é da Creche Catarina Keche Ramos, a figura 11 é do Centro de Convivência Crescendo e Aprendendo, e a 12 é da Escola Municipal Professora Eloah D'amico Rychwa, todas no Município da Lapa, em 2006.

FIGURA 10: Creche Catarina Keche Ramos, no Município da Lapa, em 2006.



Fonte: Autora.

FIGURA 11: Centro de Convivência Crescendo e Aprendendo, no Município da Lapa, em 2006.



Fonte: Autora.

FIGURA 12: Escola Municipal Professora Eloah D'amico Rychwa, no Município da Lapa, em 2006.



Fonte: Autora.

5.1.2 Comunidade Assistida pela ESF – CAIC:

Infelizmente a procura por atendimento após as doenças estarem instaladas é muito superior à procura por meios preventivos. Essa é uma realidade concreta e difícil de transpor. Estamos em busca, em conjunto com os agentes comunitários de saúde, de novas estratégias para melhor atingirmos essa população que tanto necessita de auxílio, mas não compreende a devida importância da atenção primária. A pequena participação popular em eventos e palestras de educação em saúde nos leva a elaborar outros métodos que ainda não estão bem definidos. As figuras 13 e 14 são da região de cobertura do ESF CAIC, no Município da Lapa, em 2006.

Ainda assim, a prevenção e orientação individual dos pacientes durante as consultas odontológicas sempre são realizadas, de acordo com a necessidade de cada paciente. Na primeira consulta folhetos explicativos e uma carta de orientações e incentivo para melhorar a saúde bucal são entregues.

Também deverão ser realizadas visitas odontológicas domiciliares pela ESB, com objetivo de reconhecer a realidade local, cadastrando famílias para as consultas e orientando através da prevenção, bem como fazendo tratamento dentário em casa quando possível. Será feito um arquivo de registros de cada família, com seus dados para controle das casas e do número de visitas mensais.

No entanto, a cada dois meses o ACS deverá fazer pelo menos uma visita domiciliar de saúde bucal junto com a visita rotineira, que será controlada pela

cirurgiã-dentista responsável pelo projeto através de questionário assinado pela comunidade e tabela de rendimento mensal dos ACS.

Também serão entregues insumos odontológicos para famílias incapazes de adquiri-los por recursos próprios, sendo devidamente fiscalizados e comprovados a necessidade da mesma. Serão distribuídos dois tubos de creme dental e um rolo de fio dental a cada dois meses por família, uma escova dental com protetor para cada pessoa a cada quatro meses de acordo com a faixa etária. Os insumos também serão controlados periodicamente tanto as entregas pelo agente quanto em sua totalidade.

Os insumos serão distribuídos na condição de entregar as embalagens dos produtos antigos para maior controle, e que, a família atingida pelo programa aceite participar da prevenção feita pelos ACS, havendo uma lista para quem se negar a ter prevenção e que só quer os insumos.

FIGURA 13 e 14: Região de cobertura do ESF CAIC, no Município da Lapa, em 2006.



Fonte: Autora.

5.1.3 Gestantes e Lactentes:

Será iniciado o projeto de prevenção e também curativo com as gestantes e lactentes da área. O intuito é oferecer a saúde bucal desde a gravidez, orientando a mãe de sua importância, desfazendo mitos e educando para um crescimento mais saudável.

5.1.4 Hiperdia:

Realizado todas as sextas-feiras pela manhã ficou provada a necessidade de uma maior integração das equipes de saúde neste caso, sendo que a Odontologia estará presente oferecendo palestras, esclarecendo dúvidas e dando uma maior orientação a este grupo de risco juntamente com a Equipe de Saúde da Família. Também será feito atendimento aos hipertensos e diabéticos do programa, que serão agendados previamente.

5.1.5 Idosos:

Como já ocorria, estes terão atendimento preferencial, sem filas e com dia marcado, como preconiza o Estatuto do Idoso, garantindo a humanização.

5.1.6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

Os ACS são de grande importância no âmbito de educação em saúde, visto que estão muito próximos da comunidade e tem conhecimento da verdadeira realidade local. Com base nisso, a idéia é realizar reuniões periódicas com a equipe, também com lista de presença, onde serão dadas explicações do funcionamento da saúde bucal e orientações que devem ser repassadas para a comunidade durante as visitas domiciliares.

O nosso objetivo é capacitar os ACS para prevenção em saúde bucal, e não se restringindo apenas a escovação e fio dental, mas dando condições de explicarem com firmeza assuntos sobre cárie e doença periodontal, por exemplo. Isto se faz necessário visto que a nossa disponibilidade de horários para visitas não é grande, decorrente do enorme número de casas e distância entre elas. Nos casos mais graves, que precisam de um esclarecimento especial, ou que a aceitação dos ACS como provedores de saúde bucal não seja favorável, a ESB realizará a visita domiciliar conjuntamente. O remapeamento da área de abrangência bem como uma nova divisão desta área também são importantes para o bom andamento das visitas e do direcionamento da população ao posto de saúde.

A equipe de saúde da família precisa conhecer a comunidade e para isso vai precisar reunir informações sobre ela e identificar os principais problemas de saúde. Com estas informações a equipe juntamente com os ACS vão elaborar um diagnóstico de saúde. A visita domiciliar é uma atividade importante para a equipe de saúde da família. É através dela que se obtém dados para o cadastramento e o

acompanhamento das famílias e, principalmente, o trabalho educativo, orientando as pessoas como evitar doenças e cuidar melhor da sua saúde.

Através da visita domiciliar é possível identificar as pessoas que estão bem de saúde e as que não estão, conhecer os principais problemas de saúde da população, conhecer as condições de moradia, de trabalho, os hábitos, as crenças, os costumes e os valores da família, descobrir do que as pessoas precisam saber para cuidar melhor de sua saúde, ajudá-las a refletirem sobre seus problemas de saúde e a organizar suas ações para tentar resolvê-los, identificar as famílias que precisam de um acompanhamento mais próximo e mais frequente, entre outros objetivos.

5.2 Recursos

5.2.1 Recursos Humanos e Materiais:

Manter as equipes completas, no caso, cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal como convém à modalidade II, será um fator importantíssimo para o bom andamento da saúde bucal e para ampliar o atendimento em mais consultas por mês na odontologia do CAIC.

É preciso manter os níveis de insumos odontológicos do consultório e material preventivo para que o projeto com ACS, instituições da região, atendimento e visitas domiciliares continuem, proporcionando condições adequadas ao desenvolvimento do trabalho.

5.2.2 Tempo para Planejamento:

As ESF necessitam de tempo para realizar reuniões que integrem a equipe e que ajudem a resolver os problemas da população e do próprio setor de saúde. A interdisciplinariedade, também princípio do SUS, é esquecida em vários momentos, e isso prejudica a equipe e seu atendimento. Da mesma forma é necessário tempo para orientar ACS, realizar visitas domiciliares, desenvolver projetos e planos de ação para combater agravos e planejamento estratégico para abordagem familiar. Sendo assim, é imprescindível o remapeamento e distribuição da área da ESF – CAIC, diminuindo-a e otimizando o tempo de trabalho.

5.2.3 Capacitação Profissional e Recursos Financeiros:

Faz-se necessário o processo de capacitação por meio do Curso Introdutório para a equipe, como recomendado pelo MS e realizado pela SMS em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, visto que inúmeros profissionais não têm a devida dimensão sobre as diretrizes do SUS e bases da Estratégia Saúde da Família. Isso torna difícil a resolução dos problemas, uma vez que a equipe tem pensamentos diferentes.

Tendo em vista o trabalho diferenciado pela ESF e ESB; por intervir sobre os fatores de risco aos quais, a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanentemente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção de saúde; por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços da saúde. E ainda: por atuar de forma intersetorial; conhecer a realidade sócio-epidemiológica local; por identificar problemas mais prevalentes; por elaborar plano local para enfrentamento de agravos; é necessário haver incentivo financeiro à qualificação permanente de profissionais, com base no reconhecimento e valorização do trabalhador da saúde como um componente para o processo da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. Vale lembrar que a capacitação profissional pode ter como incentivo financeiro a própria remessa feita pelo MS à ESF, sem custo para a prefeitura municipal.

Desta forma o trabalho será amplamente melhorado na rede de atenção básica, colocando os conhecimentos adquiridos a disposição da comunidade e prefeitura. Bem como a valorização do profissional com remuneração compatível ao trabalho desenvolvido por ser diferenciado da rede de atendimentos normais, também incentivado pelo MS, e como regimento da Lei Orgânica Municipal.

5.2.4 Recursos Estruturais:

Apesar de ser um grande complexo, inclusive na área da saúde, o CAIC não dispõe de salas vazias que podem ser usadas para reuniões com pacientes em palestras ou mesmo de equipe. É imprescindível que a equipe tenha um local apropriado para realizar encontros, troca de experiências e planejar ações.

5.3 Resultados esperados

O acompanhamento dos resultados pode ser feito por meio de indicadores como a satisfação da população, índices relacionados com a saúde bucal como o CPO-D inicial e refeito após certo período, número de crianças (creche e escola) que tem situação bucal crítica e crianças que tem apenas tratamento preventivo a ser realizado, antes e depois dos projetos propostos.

5.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Alguns problemas podem acontecer no decorrer do projeto como a má aceitação das propostas pelos docentes do CAIC, os quais tem papel importante na difusão de todo projeto de educação e prevenção. Neste caso é fundamental que a equipe se reúna com diretores, professores, serventes, cozinheiras, enfim, para que todos tenham a real dimensão da sua colaboração, talvez também pedir a intervenção da Secretaria de Educação juntamente com a Secretaria de Saúde.

Também a não contratação de recursos humanos que desfalcam a equipe, não só em relação à técnica em saúde bucal mas também os agentes comunitários de saúde. Neste caso é um problema mais difícil de transpor pois depende de concurso público ou contratos temporários, aprovação por câmara de vereadores, e da sensibilização de hierarquias superiores por meio da realidade local.

6. CONCLUSÃO

Está cada vez mais evidente a importância da educação e promoção em saúde para o aumento do sucesso dos tratamentos e, conseqüentemente, da qualidade de vida das pessoas. O primeiro nível de atenção merece o reconhecimento de sua eficiência, ainda que apresente resultados em longo prazo.

Juntamente com toda a estrutura da atenção primária, a política nacional de saúde bucal estabelece ainda que, a intersetorialidade, integralidade de todas as ações, universalidade e equidade no acesso e no atendimento e, por fim, o multiprofissionalismo são a base para uma nova reorganização do modelo de atenção em saúde. Laços de vínculo e de confiança também fazem parte desta política, visto que devemos estar próximos da comunidade e ter conhecimento da verdadeira realidade local, sempre trabalhando em equipe. Os profissionais do SUS devem ter em seu cotidiano os princípios norteadores de todo o sistema, incorporando-os em seu atendimento diário para o bem estar da população, garantindo assim a qualidade da prestação de serviços e de vida dos usuários.

O estabelecimento de base territorial e população adscrita pelas equipes de saúde da família trazem, como decorrência, vínculo e responsabilidade social e epidemiológica. Como resultante, a médio e longo prazo, a melhoria dos indicadores de saúde e, de forma imediata, a humanização e a qualidade da assistência.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica**. Secretaria de Políticas Especiais de Saúde. Depto. de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal 1996**. Secretaria de Políticas Especiais de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm>>; Capturado em 16 out. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**. Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002-2003. Secretaria de Atenção à Saúde, Depto. de Atenção Básica. Brasília: MS, 2004.

FERNANDES, M. **Guia Completo da Saúde Bucal**. Grupo Saúde e Vida, v.2, 2004.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. @cidades. Consultado em 03/05/2010. www.ibge.gov.br <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=411320>

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. Consultado em 01/07/2008. ftp://geoftp.ibge.gov.br/Orangizacao/Divisao_Territorial/2008/DTB_2008.zip

LAPA. Consultado em 02/05/2010. [www.lapa.pr.gov.br](http://www.lapa.pr.gov.br/nossa_h_rg2007.asp) http://www.lapa.pr.gov.br/nossa_h_rg2007.asp

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

NUNES, M. O. et al. **O Agente Comunitário de Saúde: Construção da Identidade desse Personagem Híbrido e Polifônico**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1636-46, dezembro de 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. Livraria e Editora Santos. 4ª.edição. São Paulo, 1999.

PEDROSA, J. I. S., TELES, J. B. M. **Consenso e Diferenças em Equipes do Programa Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública, v.35, n.3, p. 303-11, 2001.

RONCALLI, A. **Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: Tendências e Perspectivas**. Ação Coletiva, v. 2, jan/mar 1999.

TRAD, L. A. B., BASTOS, A. C. S. **O Impacto Sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação**. Cad. Saúde Pública. V.14, n.2, p.429-35, 1998.

TRENTINI, M, Álvares ALH, Albuquerque LM, Paim L, Tigrinho FC. **Retrato falado do trabalho vivo em ato de uma unidade do Programa de Saúde da Família – PSF.** Texto Contexto Enfermagem, 2003; 12(3): 351-60.

ZANETTI, C. H. G. et al. **Em Busca de um Paradigma Local em Saúde Bucal Mais Resolutivo no SUS.** Divulg Saúde Debate, Londrina, n. 13, p. 18-35, 1996.